

Incidencia del Cáncer de Vulva

Hospital Universitario San Vicente de Paúl 1972-1982

Dr. Gildardo Gallego Noreña*

I. INTRODUCCION

El cáncer de vulva es una entidad poco frecuente, representa aproximadamente en el 3-4% de todos los tumores malignos de los órganos genitales.

Su localización topográfica en el cuerpo humano facilita enormemente el diagnóstico; sin embargo, esto no ocurre en nuestro medio debido a múltiples factores que posteriormente analizaremos.

Cuando se diagnóstica a tiempo y se realiza tratamiento adecuado, el pronóstico y la oportunidad de curación son más favorables que con otros cánceres ginecológicos. Se presenta en mujeres post-menopáusicas con historia larga de irritación vulvar, acompañada de prurito local y a veces sensación de ardor; estas lesiones iniciales pueden simular una dermatitis vulvar crónica y en última instancia la biopsia aclara el diagnóstico.

II. OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es determinar la incidencia, factores asocia-

dos, manejo y seguimiento de las pacientes con carcinoma de vulva atendidas en la sección de Oncología del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

III. MATERIAL Y METODOS

Del archivo del Hospital Universitario San Vicente de Paúl se revisan las historias previamente tabuladas en el servicio de Oncología como carcinoma de vulva; en un período de 10 años comprendido entre el 1o. de mayo de 1972 y el 1o. de junio de 1982, se encontró un total de 41 casos con comprobación histopatológica. Se analizaron aspectos como edad, incidencia por año, estado clínico, historia de otro carcinoma genital, factores de riesgo asociados, tipos histológicos encontrados, síntomas, tratamiento; se hace énfasis en el tratamiento quirúrgico, la técnica de vulvectomía, sus complicaciones y por último se analiza el seguimiento de las pacientes.

IV. RESULTADOS

En este cuadro observamos que el mayor número de casos lo encontramos en 1977, 1979 y 1980, pero esto es una

* Profesor Sección de Oncología. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia.

Cuadro No. 1

INCIDENCIA POR AÑO DE CARCINOMA DE VULVA

H.U.S.V.P. MEDELLIN

| Año | No. | Casos |
|---------|-----|----------------------|
| 1972 | 0 | $\bar{X} = 41$ casos |
| 1973 | 4 | |
| 1974 | 5 | |
| 1975 | 3 | |
| 1976 | 2 | |
| 1977 | 7 | |
| 1978 | 3 | |
| 1979 | 6 | |
| 1980 | 6 | |
| 1981 | 5 | |
| 1982 | 0 | |
| Total = | | 41 |

simple coincidencia; en términos generales el número de casos registrados por año es más o menos estable y se encontró un promedio de 4.1 casos por año; si comparamos con el Ca de cervix donde encontramos un promedio de casos nuevos por año de 600, nos muestra la baja incidencia de este tipo de neoplasia.

En el cuadro No. 2 se aprecia que los porcentajes mayores (21.9, 29, y 17%) correspondieron a las décadas de 40 a 50 años, 51 a 60 años y 61 a 70 años, lo que está de acuerdo con la edad en la cual se presenta el Ca de vulva. La edad varió entre 14 y 83 años; no encontramos ninguna relación del carcinoma de vulva con la paridad de las pacientes registradas.

Se analiza en el cuadro No. 3 lo referente a la clasificación clínica de Ca de vulva,

Cuadro No. 2

EDAD

| Grupo de Edad | No. Casos | % |
|---------------|-----------|-------|
| Menos de 21 | 1 | 2.4 |
| 21 - 30 | 1 | 2.4 |
| 31 - 40 | 4 | 9.7 |
| 41 - 50 | 9 | 21.9 |
| 51 - 60 | 12 | 29.2 |
| 61 - 70 | 7 | 17.0 |
| 71 - 80 | 5 | 12.1 |
| 81 - Más | 2 | 4.8 |
| Total | 41 | 100.0 |

hecha en nuestro hospital de acuerdo a la clasificación de la FIGO, basada en el TNM; encontramos un gran porcentaje de casos 39% (16 casos), en los cuales no aparece consignada en la historia la clasificación clínica, sólo el tipo de cirugía que se realizará, pero por el análisis de la historia eran pacientes con carcinomas invasores. Entre los casos que fueron clasificados encontramos un 9.7% de carcinoma in situ; de los carcinomas invasores se encontró un porcentaje considerable, 24% (10 casos) y 9.7% (4 casos) para estadios III y IV respectivamente, lo que lleva a pensar que las pacientes consultaron demasiado tarde por este tipo de neoplasias por razones de tipo moral, falso pudor, ignorancia y en algunos casos por retardo del médico en tomar biopsia oportuna.

Cuadro No. 3

CLASIFICACION CLINICA CA VULVA

| Clasificación clínica | Estado 0 | I | II | III | IV | Sin Clasif. | Total |
|-----------------------|----------|-----|------|-----|-----|-------------|-------|
| No. pacientes | 4 | 2 | 5 | 10 | 4 | 16 | 41 |
| % | 9.7 | 4.8 | 12.1 | 24 | 9.7 | 39 | 100% |

Cuadro No. 4
**TIPOS HISTOLOGICOS
 CA DE VULVA**

| | | No. Casos | % |
|---------------------|---------|-----------|------|
| Carcinoma | In Situ | 4 | 9.7 |
| | Invasor | 30 | 75.1 |
| Epidermoide | | | |
| Ca Basocelular | | 1 | 2.6 |
| Adenocarcinoma | | 1 | 2.6 |
| Enf. Paget | | 1 | 2.6 |
| Ca Verrucoso | | 1 | 2.6 |
| Melanoma | | 1 | 2.6 |
| Angiosarcoma | | 1 | 2.6 |
| Dermatofibrosarcoma | | 1 | 2.6 |
| Total | | 41 | 100 |

Se analiza el aspecto histológico de los tumores presentados por estas pacientes. Como en todas las series mundiales hay un predominio del carcinoma epidermoide espinocelular, con un 75.1% (30 casos); de otros tipos histológicos solo se encontraron pocos casos; solo una enfermedad de Paget que aún está en seguimiento ha presentado varias recidivas, como veremos más adelante; una paciente con un melanoma, que falleció 2 años más tarde con metástasis pulmonares y cerebrales; el caso más joven de una niña de 14 años con un angiosarcoma. El tipo histológico en última instancia lo da la biopsia, porque a veces de acuerdo a la evolución de la lesión es difícil diferenciarla macroscópicamente.

Antecedente de otro carcinoma: se ha informado concomitancia de varios carcinomas en el aparato genital, por ejemplo concomitancia de un Ca de cervix con un Ca de vulva, Ca de endometrio con Ca de ovario etc., y se han

Cuadro No. 5
ANTECEDENTE OTRO CA

| No. Paciente | Tipo Carcinoma |
|--------------|----------------------------|
| 1 | Ca Cervix III hace 20 años |
| 1 | Ca Cervix hace 8 años |
| 1 | Ca Mama Derecha |
| | Ca Mama Izquierda |
| | Ca In Situ Cervix |

tratado de explicar por factores de riesgo o por defectos en el sistema inmunológico. En este estudio, según podemos apreciar en el cuadro No. 5, encontramos escasos antecedentes o historia de un carcinoma previo. Lo más notorio fue una paciente que fuera de su Ca de vulva tenía 3 carcinomas genitales previos. La concomitancia carcinomas genitales ha sido informada de cifras que varían entre 15 y 40%.

Sintomatología

Se aprecia un predominio de los síntomas tradicionales descritos para el Ca de vulva, como son: el prurito vaginal de larga evolución en 16 pacientes, (39.0%) y masa nódulo o tumor 31.7%.

Es de anotar que el carcinoma de vulva en general es silencioso en síntomas y el dolor por ejemplo se presenta cuando la lesión está muy avanzada o cuando ya tiene compromiso metastásico.

Tratamiento:

El tratamiento básico para el carcinoma de vulva ha sido el quirúrgico; se realizó a 33 pacientes (80.4%), en sus diferentes modalidades desde una extirpación local amplia, hasta tratamientos

Cuadro No. 6

SINTOMAS

| Síntoma | No. Pacientes | % |
|----------|---------------|------|
| Tumor | 13 | 31.7 |
| Nódulo | | |
| Masa | | |
| Prurito | 16 | 39.0 |
| Ardor | 3 | 7.3 |
| Sangrado | 3 | 7.3 |
| Ulcera | 11 | 26.8 |
| Dolor | 1 | 2.4 |
| Ganglio | 1 | 2.4 |
| Verruga | 2 | 4.8 |

quirúrgicos tan grandes como el tipo de exanteración pélvica, que en nuestro estudio se efectuó en 2 pacientes (4.8%). A una se realizó exanteración anterior y a otra exanteración posterior.

Llama la atención que se realizó una vulvectomía radical a 2 pacientes con carcinoma in situ de vulva procedimiento que se considera demasiado extenso para una lesión tan incipiente pero estas se realizaron en 1973; no se consignó en la historia la justificación para procedimiento tan amplio; luego se apreció que para los carcinomas in situ diagnosticados posteriormente el tratamiento fue extirpación local amplia y vulvectomía simple; en siete pacientes con carcinoma de vulva invasor se realizó vulvectomía simple y se encontró en la historia que las pacientes eran de edad avanzada y en malas condiciones para soportar una vulvectomía de tipo radical.

Se realizaron 18 vulvectomías de tipo radical: 2 para carcinoma in situ ya

comentadas y 16 para carcinomas invasores. La técnica realizada para las vulvectomías radicales fueron: vulvectomía radical modificada 4 casos, vulvectomía tipo Way 7 casos, vulvectomía con técnica de Parry Jones y Marchall 8 casos, y técnica de Nelson 1 caso; de todas estas técnicas en nuestro departamento se ha uniformado ultimamente en la técnica de Parry Jones, que da una mejor exposición del campo operatorio.

Cuadro No. 7

TRATAMIENTO

| | Ca In Situ | Invasor | Total | % |
|---------------------|---------------|---------|-------|------|
| Resección Amplia | 1 | 4 | 5 | 12.1 |
| Paliativo | | 8 | 8 | 19.5 |
| V. Simple | 1 | 7 | 8 | 19.5 |
| V. Radical | 2 | 16 | 18 | 43.9 |
| Exenter + V. R. | | 2 | 2 | 4.8 |
| Total | | | 41 | 100 |

Se realizó tratamiento médico tabulado como paliativo a 8 pacientes, cuyo estado de la lesión era avanzado y las condiciones de la paciente no permitieron otro tratamiento.

Complicaciones:

En el cuadro No. 8 se analizan las complicaciones encontradas en las pacientes sometidas a vulvectomía radical y a exanteración pélvica; observamos que las complicaciones más frecuentes fueron infección de la herida, necrosis y dehiscencia de colgajos. También en-

Cuadro No. 8

| Complicaciones | No. |
|-------------------------|-----|
| Infección herida | 12 |
| Necrosis – Deshiscencia | 11 |
| Paro Cardíaco | 1 |
| Hematoma | 1 |
| Trombosis M. Inferior | 1 |
| Sección Ureter | 1 |
| Ligadura femoral | 1 |
| Prolapso genital | 1 |
| Infección urinaria | 1 |

contramos complicaciones como sección de uréter en una paciente sometida a exanteración anterior y una ligadura de femoral que se reparó inmediatamente con ayuda de cirujano cardiovascular y no tuvo repercusiones posteriores. Estas complicaciones alargan indudablemente el promedio de hospitalización de las pacientes.

Cuadro No. 9

GANGLIOS EXTIRPADOS

| | Negativos | Positivos | Total |
|---------------------------|-----------|-----------|-------|
| V. Radical | 16 | 2 | 18 |
| V. Radical y Exanteración | 2 | | 2 |
| | | | 20 |

Informe de ganglios extirpados:

Se encontró que los ganglios extirpados en las pacientes sometidas a vulvectomía radical solo fueron positivos en 2 casos, que se sometieron luego a radioterapia post operatoria. En nuestro hospital el vaciamiento ganglionar pro-

fundo depende si la biopsia por congelación de los ganglios inguinales superficiales es positiva; si el informe es negativo se considera innecesario el vaciamiento pélvico.

El tratamiento complementario con radioterapia sólo se realizó a 4 pacientes, según el cuadro No. 10.

Cuadro No. 10

TTO. CON RADIOTERAPIA

| TTO. Efectua. | No. Pacientes |
|----------------------------------|--|
| Primario | Una paciente diabética |
| Tratamiento secundario a cirugía | A -- Una paciente estado IV. |
| | B -- Paciente con recidivas Enfermedad de Paget Después de extirpaciones |
| | C -- Paciente con ganglios Positivos después de Vulvectomía. |

Este tipo de tratamiento es poco utilizado en nuestro hospital, pues la morbilidad post radioterapia es mucho mayor que la encontrada después de cirugía y se realizó a pacientes que tenían contraindicación quirúrgica o a quien falló la cirugía con recidivas posteriores, específicamente en la paciente con enfermedad de Paget.

La patología asociada que se encontró en el carcinoma de vulva se enumera a continuación:

| | |
|-----------------------|---------|
| Hipertensión arterial | 1 caso |
| Obesidad | 2 casos |

| | |
|---------------------|---------|
| Artritis reumatoide | 1 caso |
| Diabetes | 2 casos |
| Insuficiencia renal | 1 caso |

Algunas de estas afecciones asociadas son coincidencia accidental, pero otras específicamente sí son factores de riesgo para el carcinoma de vulva.

Cuadro No. 11
SEGUIMIENTO

| Año | No. Pacientes | Seguimiento |
|-----------|---------------|-----------------------|
| 1973 | 1 | 3 años |
| 1974 | 3 | 2 x 8 años 1 x 1 " |
| 1975 | 3 | 2 x 7 " 1 x 2 " |
| 1976 | 2 | 3 |
| 1977 | 3 | 1 a 3 Años |
| 1978 | 3 | 1 a 4 " |
| 1979 | 3 | 1 a 3 " |
| 1980 | 4 | 6 meses a 2 años |
| 1981 | 5 | — |
| (27.(71%) | | |

Seguimiento de las pacientes:

Se aprecia que algunas pacientes se siguieron durante poco tiempo y esto se debe a que algunas viven en áreas alejadas a la ciudad de Medellín y se les dificulta el transporte. En otras el seguimiento fue corto porque se trataron en edad avanzada y la sobrevivida fue corta. Otras definitivamente se perdieron del seguimiento. Se aprecia que hay 2 pacientes seguidas por 8 años y 2 por 7 años que aún están vivas y en control. En la fecha de terminar la revisión, 1o. de junio de 1982, hay en control y asintomáticas 11 pacientes o sea 29.2%.

V. COMENTARIOS

El carcinoma de vulva, aunque es una entidad poco frecuente, se presenta entre nosotros aproximadamente con una incidencia de 4.1 casos anuales, por lo tanto es de consideración realizar un diagnóstico adecuado y oportuno.

La incidencia encontrada está de acuerdo a las halladas por otros autores; sin embargo, es superior a la encontrada por Montalvo Julio en Camagüey, Cuba (17), donde informa 13 casos en un período de 8 años.

Si se toma el carcinoma de vulva como entidad epidemiológica es necesario considerar:

A. HUESPED

En éste intervienen la edad, pues es un carcinoma de pacientes post menopáusicas de la 5a. y 6a. década de la vida. Nosotros encontramos un gran porcentaje en la década de los 41 a los 50 años. Además intervienen el bajo estado socio económico, el antecedente de leucoplasias, que se relacionó en otra época hasta 50% con carcinoma pero que, según informes recientes de JEFCOATE (6), sólo un 5% de pacientes con leucoplasia vulvar desarrollaron Ca. En el huésped también han relacionado la raza blanca y algunos problemas médicos asociados como diabetes, obesidad, hipertensión arterial y enfermedades cardíacas, aunque algunos de ellos en realidad si se sabe son factores de riesgo.

B. EL AGENTE

Desde el punto de vista epidemiológico lo constituyen las posibles causas etiológicas como lúes, enfermedades venéreas granumatosas (candilomas, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo), los carcinógenos de piel (alquitrán de hulla, aceite esquisto), Herpes

virus tipo II y la radioterapia en todas sus formas (cobaltoterapia, Rayos X convencionales y Cesium).

En la revisión nuestra fue difícil establecer o verificar posibles agentes etiológicos, sólo se encontraron algunos factores de riesgo y problemas médicos asociados.

C. EL MEDIO AMBIENTE

Es el tercer factor epidemiológico en el que intervienen exposición ocupacional (anilinas), la consulta tardía por parte de la paciente debido a negligencia, ignorancia o falso pudor, retraso del médico en toma de biopsia, promiscuidad sexual (aumento enfermedades venéreas). La asociación epidemiológica de otro carcinoma del aparato genital (carcinoma cervix, vagina, endometrio, ovario etc.) que se ha descrito hasta de 15 a 40%. Algunos autores atribuyen esta asociación a un defecto en el sistema inmunológico. En nuestra revisión encontramos esta asociación en pocos casos. También se describen como factores que alteran el medio ambiente, los agentes virales.

El diagnóstico de carcinoma de vulva básicamente se realiza después de una buena inspección cuidadosa, con una biopsia la cual puede ser dirigida mediante la prueba de COLLINS, conocida por todos y/o dirigida por Colposcopia aunque esta última no esta tan difundida, entre nosotros como la colposcopia para carcinoma cervical.

Hace unos años se describió el diagnóstico y seguimiento de pacientes con esta entidad mediante el antígeno carcinoembrionario, pero últimamente nos hemos dado cuenta que no es tan confiable.

El aspecto histológico del carcinoma de vulva, igual que el carcinoma cervical, es aproximadamente un 95% para el

epidermoide espino-celular, lo que se comprobó en nuestra revisión; el 5% restante lo ocupan el carcinoma basocelular, adenocarcinoma, carcinoma verrucoso variedad del epidermoide de crecimiento lento y poca tendencia a invadir ganglios; la enfermedad de PAGET VULVAR originada en glándulas apocrinas, el melanoma y otros tipos tan raros como los encontrados en nuestro estudio angiosarcoma y fibrosarcoma protuberans. También se ha descrito linfoma de Burkitt en área vulvar.

Diagnóstico diferencial: en último término la biopsia nos aclarara el diagnóstico, pero siempre que el médico se encuentre ante lesión de tipo ulcerativa, hipertrófica, vegetante, debe descartar distrofias vulvares (atróficos e hipertróficos), granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, condilomas acuminados, amebiasis cutánea, extensión de carcinoma cervical o de vagina, coriocarcinoma y neurodermatitis.

Se debe hacer énfasis en la clasificación clínica pues esta ayuda a determinar el compromiso de otras estructuras y ayuda a realizar un buen tratamiento.

Tratamiento: básicamente se divide en médico, quirúrgico y radioterapia.

1. MEDICO: para el carcinoma in situ de vulva se describe últimamente el tratamiento con 5 Fluoruracilo en forma tópica se consigue como EFUDIX, con resultados de 100% de curación, pero otros autores reparten porcentajes menores 63% (Krupp) y explican las fallas por una incidencia elevada de compromiso glandular y folicular de la entidad.

Los informes más alentadores para el carcinoma in situ de vulva se tienen con rayos Laser de CO₂, se dice que va dirigido precisamente al sitio de la lesión, puede guiarse mediante visión colposcópica, remueve tejido neoplásico sin

afectar el normal. Excelente función cosmética, no deforma, deja una herida limpia con buena cicatrización y como última ventaja no requiere hospitalización para la paciente. Este método de tratamiento sería ideal en este momento que aparecen varios informes de incidencia de carcinoma in situ de vulva invasores pero los resultados son insatisfactorios y sólo consiguen paliación.

2. El tratamiento quirúrgico en todas sus formas es el principal método terapéutico para esta entidad. Comprende extirpación local amplia o vulvectomía simple para formas in situ y vulvectomía radical para las formas invasoras. En el Hospital Universitario San Vicente de Paúl se ha unificado el criterio quirúrgico para realizar la vulvectomía con incisión de PARRY JONES y se realiza vaciamiento inguinal superficial con biopsia por congelación de algunos de estos ganglios, como explicamos anteriormente; además se realiza la modificación de BARONOFSKY (21) o sea transposición del sartorio para cubrir el paquete vascular. Es de anotar que la linfadenectomía se debe realizar en el mismo acto quirúrgico y no en un segundo tiempo operatorio.

Ocasionalmente se realiza exanteración pélvica (2 en nuestra revisión) cuando hay compromiso vesical o rectal.

Siempre que se realiza cualquier tipo de cirugía radical es necesario una preparación psicológica de la paciente para

evitar reacciones depresivas de mutilación y el médico debe estar preparado para afrontar el múltiple número de complicaciones que ocurren como vimos anteriormente.

3. Por último el tratamiento con radioterapia sólo tiene lugar cuando hay contraindicación quirúrgica o cuando la lesión es recidiva después de extirpaciones.

Recordamos lo mal que toleran los tejidos vulvoperineales la radioterapia ya que en algunos casos la radiodermatitis en sí es una contraindicación absoluta.

VII. RESUMEN

Se realiza una revisión de 10 años, entre el 1o. de mayo de 1972 y el 1o. de junio de 1982, de pacientes atendidas en la sección Oncología-Ginecología del Depto. de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia que tienen diagnóstico histológico comprobado de cáncer vulvar; se revisan 41 casos, se analiza incidencia anual 4.1 casos por año. Se encontró porcentaje considerable edad entre 41 y 71 años. Predominio histológico del carcinoma epidemoide. Se hizo énfasis en el tratamiento quirúrgico, se analizan técnicas y se estudió el seguimiento de pacientes, encontrándose pacientes vivas en control 29.2%; se sacan conclusiones de mejorar el seguimiento de las pacientes.

INCIDENCE OF VULVAR CANCER SAN VICENTE DE PAUL'S UNIVERSITY HOSPITAL 1972 - 1982

Summary

For a period of 10 years, from May 1, 1972 to June 1, 1982, a careful study

of all patients with a confirmed diagnosis of vulvar cancer at Universidad de Antioquia's Department of Obstetrics

and Gynecology was conducted. The total number of cases was 41, which gives an annual rate of 4.1, with a considerable percentage of women between 41 and 71 years. There was a histologic predominance of epidermoid carcinoma. Researchers made strong em-

phasis on surgical treatment, analyzing techniques and reviewing follow-up of those patients. 29.2% were found alive during follow-up. This led to the conclusion that follow-up must be improved and closely monitored.

Bibliografía

1. ANDERSON J.A., Preoperative Prognosis for Cancer The Vulva, *Obst. y Gin.* Vol. 58, No. 3, Sept. 1981.
2. BAGGISH MICHAEL, CO₂ Laser for the Treatment of Vulvar Carcinoma In Situ, *Obst. Gynec.* Vol. 57, No. 3, march , 1981.
3. BUCHLER DOLORES, Treatment of Recurrent Carcinoma of the Vulva, *Gynecol. Oncol.* 8: 180, 1979.
4. BUSCEMA JOSEPH, Early Invasive Carcinoma of the Vulva, *Am. J. Obst. Gynecol.*, Vol. 140, No. 5, July 1o. 1981.
5. BARNES ALFONSO E., Microinvasive Ca of Vulva: A Clinicopathologic Evaluation. *Obstet. and Gynec.* Vol. 56, No. 2 August 1980.
6. BREEN JAMES, Enfermedad de Paget Extramamaria, *Clin. Obst. y Gin.* Vol. 4: 1154, 1978.
7. FRIEDRICH EDUARD, Carcinoma In Situ of the Vulva: A Continuing Challenge. *Am. J. Obst. Gy.* 136: 830, 1980.
8. GOLBERG MICHEL I., Curgycal Management of Invasive Ca of the Vulva Utilizing a Lower Abdominal Midline Incisión. *Gynec. Oncol.* 7: 269. 1979.
9. HACKER NEVILLE F. Radical Vulvectomy and Bilateral Inguinal, Limphadenectomy Trough Separate Groin Incisions. *Obst. and Gynec.* Vol. 58. No. 5. Nov. 1981.
10. HERNANDEZ WILFREDO. Ca In Situ of the Vagina: Past and Present Management. *Obst. and Gynec.* Vol. 56, No. 3 sept. 1980.
11. IVERSEN T. Individualized Treatment of Stage I Ca of Vulva. *Obst. and Gyn.* Vol. 57, No. 1, January 1981.
12. JAFARI KIANDOSH. Radiation Therapy in Ca of the Vulva. *Cancer* 47. 616-691. 1981.
13. KUNSCHENER ALAN, Early Vulvar Carcinoma, *Am. J. Obst. Gynec.* 132: 599, 1978.
14. KAPLAN ALAN L. Intraepithelial Ca of the Vulva with Extension to the Anal Canal. *Obst. and Gynec.* Vol. 58, No. 3. Sept. 1981.
15. LITSHITZ SAMUEL. Treatment of Carcinoma In Situ of the Vulva with Topical 5-Fluoroucil. *Osbt. and Gynec.* Vol. 56. Nov. 2, August. 1980.
16. Mc. GOWAN LARRY, *Ginecology*, Appleton Century Crofts, New York 1978.
17. MONTALVO JULIO, Incidencia del Cáncer Vulvar, *Rev. Cub Cir* 18:323:327, julio-agosto 1979.

18. NOVAK EDMUND, Tratado de Gineco Ginecología, Interamericana, 8a. edición, México 1971.
19. PARMLEY TIM. H., Técnicas de selección para lesiones vulvares y vaginales, Clin. Obst y Gin. Vol. 3: 703, 1979.
20. RICH PETROVIA, Adenocarcinoma of the Sweat Gland of the vulva, Cancer march 15, 1981.
21. TWOMBLY GRAY, Vulvectomy Radical y Linfadenectomía Bilateral Inguinal Superficial y Profunda, Clin. Gin. y Ob: Marzo 1975.
22. TE LINDE RICHARD., Ginecología Operatoria, Editorial Bermade, Buenos Aires, 1971.
23. TORBJOR IVERSEN, Squamous. Cell Carcinoma In Situ of the Vulva A Clinical and Histopathological Study, Gy. Oncol. 11-224, 1981.
24. WOOD COCK, A.S., Etiología y Patología del Ca de Vulva, Gin. y Ob. Temas actuales, 201-229, agosto 1976.
25. ZAAIJMAN, J. Verrucous Carcinoma of the Vulva, British J. Of Obs. Gin. Vol. 85. January 1978.
26. ZICKOVIC STOJAN M. Epidermoid Cyst of Anterior Commissure of Labia Majora and Separated Pubic Bones, Urology. Vol. XVII. No. 5, mayo 1981.